FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1965 N° 16

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Jacques GONIN

Externe des Hôpitaux de Paris

Né le 14 Septembre 1937, à ORLÉANS (Loiret)

Présentée et soutenue publiquement le 19 Janvier 1965

ÉTUDE
D'UNE SÉRIE D'ÉPITHÉLIOMAS CUTANÉS TRAITÉS PAR ÉLECTROCOAGULATION
AVEC UN RECUL DE 6 ANS

Président : Monsieur F.-P. MERKLEN, professeur

Imprimerie PLANCHER
BONNEVILLE (Haute - Savoie)

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1965 N°

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Jacques GONIN

Externe des Hôpitaux de Paris

Né le 14 Septembre 1937, à ORLÉANS (Loiret)

Présentée et soutenue publiquement le 19 Janvier 1965

ÉTUDE
D'UNE SÉRIE D'ÉPITHÉLIOMAS CUTANÉS TRAITÉS PAR ÉLECTROCOAGULATION
AVEC UN RECUL DE 6 ANS

Président : Monsieur F.-P. MERKLEN, professeur

UNIVERSITEITSBIBLIOTHEEK - LEIDEN -

Imprimerie PLANCHER
BONNEVILLE (Haute - Savoie)

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41534911_0113

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Alajouanine (T.), Aubin (A.), Bénard (H.), Binet (L.), Bulliard (H.), Cadenat (F.), Cathala (J.), Chabrol (E.), Chailley-Bert (P.), Debré (R.), Fey (B.), Galliard (H.), Gaudart d'Allaines (F. de), Gennes (L. de), Halphen (E.), Hazard (R.), Heuyer (G.), Laroche (G.), Lavier (G.), Lelong (M.), Lévy-Solal (E.), Lian (C.), Mathieu (P.), Monod (R.), Moreau (R.), Moulonguet (P.), Mouquin (M.), Olivier (E.), Pasteur Vallery-Radot, Petit-Dutaillis (D.), Piédelièvre (R.), Quénu (J.), Richet (C.), Senèque (J.), Strohl (A.), Taon (L.), Verne (J.).

DOYEN ..... Gaston CORDIER
1er ASSESSEUR ..... Daniel BARGETON
2me ASSESSEUR ..... Paul CASTAIGNE

I. — PROFESSEURS

1° CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES

a) Professeurs titulaires :

	MM.
Anatomie	DELMAS (A.)
Anatomie pathologique	DELARUE (J.)
Anesthésiologie	BAUMANN (J.)
Biochimie médicale	JAYLE (M.-F.)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports	MALMEJAC (J.)
Biologie médicale	FAUVERT (R.)
Biophysique médicale	BUGNARD (L.)
— —	DOGNON (A.)
— —	DJOURNO (A.)
Cancérologie médicale et sociale	BERNARD (J.)
Chimie pathologique	SCHAPIRA (G.)
Embryologie	TUCHMANN (H.)
Gérontologie expérimentale	N...
Histoire de la médecine et de la chirurgie	JOANNON (P.)
Histologie	GIROUD (A.)
Hygiène et médecine préventive	BOYER (J.)
Médecine du Travail	DESOILLE (H.)
Médecine légale	DEROBERT (L.)
Microbiologie (Bactériologie et virologie)	FASQUELLE (R.)
Parasitologie	BRUMPT (L.-C.)
Pathologie chirurgicale	LAURENCE (G.)
Pathologie exotique	N...
Pathologie expérimentale et comparée	MERKLEN (F.-P.)
Pathologie médicale	LAROCHE (Cl.)
— —	BRICAIRE (H.)
Pathologie respiratoire	TURIAF (J.)
Pathologie et thérapeutique générales	DEPARIS (M.)
Pharmacologie	CHEYMOL (J.)
Physiologie	BARGETON (D.)
—	PARROT (J.)
Physiologie et pathologie obstétricales	LEPAGE (F.)
Radiologie médicale	DESGREZ (H.)
Technique chirurgicale et Chirurgie expérimentale	CAUCHOIX (J.)
Thérapeutique	CONTE (M.)
Thérapeutique appliquée	LAMOTTE (M.)

b) Professeurs à titre personnel :

Anatomie anthropologique	OLIVIER (G.)
Biochimie médicale	DESGREZ (P.) / POLONOVSKI (J.)
Biologie médicale	BOURLIÈRE (F.)
Pharmacologie	LÉVY (Mlle J.)
Physiologie	DEJOURS (P.)
Physique médicale	KELLERSHOHN (L.) / GOUGEROT (L.)
Radiologie médicale	FISCHGOLD (H.)

a) Professeurs titulaires :

	MM.
Clinique carcinologique chirurgicale (Necker)	REDON (H.)
Clinique cardiologique (Broussais)	SOULIÉ (P.)
Cliniques chirurgicales ... Beaujon	LORTAT-JACOB (J.-L.)
Cochin	LEGER (L.)
Hôtel-Dieu	PATEL (J.)
Pitié	CORDIER (G.)
Saint-Antoine	GOSSET (J.)
Salpêtrière	SICARD (A.)
Tenon	OLIVIER (Cl.)
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants-Malades)	FÈVRE (M.)
Clinique chirurgicale orthopédique et traumatologique (Cochin)	MERLE d'AUBIGNÉ (R.)
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire (Broussais)	DUBOST (Ch.)
Clinique de chirurgie pluero pulmonaire (Laennec)	MATHEY (J.)
Clinique endocrinologique (Pitié)	DECOURT (J.)
Clinique de Génétique médicale (Enfants-Malades)	LAMY (M.)
Clinique gynécologiques (Broca)	HUGUIER (J.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (St-Louis)	DEGOS (R.)
Clinique des maladies des Enfants (Enfants-Malades)	TURPIN (R.)
Clinique des maladies infectieuses (Claude-Bernard)	MOLLARET (P.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Ste-Anne)	DELAY (J.)
Clinique des maladies métaboliques (Necker)	HAMBURGER (J.)
Clinique des maladies du sang (Broussais)	MARCHAL (G.)
Clinique des malades du système nerveux (Salpêtrière)	CASTAIGNE (P.)
Cliniques médicales ..... Broussais	MILLIEZ (P.)
Broussais	LENEGRE (J.)
Cochin	BROUET (G.)
Hôtel-Dieu	BARIÉTY (M.)
Lariboisière	SÈZE (S. de)
Pitié	DREYFUß (G.)
Saint-Antoine	KOURILSKY (R.)
Saint-Antoine	BOUDIN (G.)
Clinique d'hydrologie et de climatologie (Bichat)	DEBRAY (Ch.)
Clinique médicale infantile de pédiatrie sociale (Enfants-Malades)	MARIE (J.)
Clinique médicale propédeutique (Broussais)	JUSTIN-BESANÇON (L.)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition (Hôtel-Dieu)	DEROT (M.)
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié)	DAVID (M.)
Clinique neurologique (Salpêtrière)	GARCIN (R.)
Cliniques obstétricales ... Baudelocque	LACOMME (M.)
Foch (Suresnes)	MERGER (R.)
Clinique obstétricale et gynécologique (Port-Royal)	VARANGOT (J.)
Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu)	RENARD (G.)
Clinique ophtalmologique (Cochin)	OFFRET (G.)
Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière)	AUBRY (M.)
Clinique de pédiatrie et de puériculture (St-Vincent-de-Paul)	N...
Clinique de pneumo-phtisiologie (Laennec)	BERNARD (E.)
Clinique de neuro-psychiatrie infantile (Salpêtrière)	MICHAUX (L.)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin)	COSTE (F.)
Clinique stomatologique (Salpêtrière)	DECHAUME (M.)
Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard)	ROUX (M.)
Clinique thérapeutique médicale (Saint-Antoine)	LEMAIRE (A.)
Clinique toxicologique	GAULTIER (M.)
Clinique urologique (Cochin)	ABOULKEER (P.)
Clinique chirurgicale orthopédique et traumatologique	PADOVANI (P.)
Séméiologie médicale	DOMART (A.)
Séméiologie et clinique chirurgicales	POILLEUX (F.)
Séméiologie traumatique et orthopédique	JUDET (R.)
Clinique urologique (Necker)	COUVELAIRE (R.)
Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau)	N...

b) Professeurs à titre personnel :

Hydrologie et climatologie	GIBERTON A.)
Maladies infectieuses	BASTIN (R.)
Médecine	AZERAD (E.)
	BOUR (H.)
	LAMBLING (A.)
	LHERMITTE (F.)
	PEQUIGNOT (H.)
	PERRAULT (M.)
	SIGUIER (F.)
	WORMS (R.)
Oto-Rhino-Laryngologie	MADURO (R.)
Pneumo-Phtisiologie	KREIS (B.)
Rhumatologie	DELBARRE (F.)

II. — PROFESSEURS SANS CHAIRE, PROFESSEURS AGRÉGÉS ET MAITRES DE CONFÉRENCES - AGRÉGÉS

	MM.
Anatomie	CABROL (C.) COUINAUD (C.) GILLOT (C.) HUREAU (J.)
Anatomie pathologique	GAUTHIER-VILLARS (Mlle P.) pr. s. ch. ABELANET (R.) CHOMETTE (G.) GOUYGOU (Ch.), pr. s. ch. NEZELOFF (Ch.) ORCEL (L.) PAILLAS (J.)
Anesthésiologie	N. du BOUCHET (Mme) KERN (E.) VOURC'H (G.)
Bactériologie	BARBIER (P.) pr. s. ch. CHRISTOL (D.) DAGUET (G.) LE MINOR (L.) TOURNIER (P.)
Biochimie médicale	BAULIEU Et. m. conf. BOURILLON (R.) CARTIER (P.) pr. s. ch. CORNILLOT (P.) DREYFUS (J.-Cl.) GONNARD (P.) JEROME (H.) KRUH (J.) LEGRAND (J.-Cl.) NORDMANN (J.)
Biologie appliquée à l'Education Physique et aux Sports	PLAS (F.)
Biologie médicale	BENHAMOU (J.-P.) BOIVIN (P.) HARTMANN (L.) pr. s. ch.
Carcinologie	BOIRON (M.) DENOIX (P.). MATHE (G.) SELIGMANN (M.)
Cardiologie	HATT (P.-H.)
Dermato - Syphiligraphie	CIVATTE (J.) DUPERRAT (B.) HEWIT (J.) TOURAINE (R.)
Electro - Radiologie	HEITZ (F.) m. conf. LEDOUX-LEBARD (G.)
Embryologie	ROUX (Ch.)
Hématologie	BESSIS (M.) BILSKI-PASQUIER (G.) DAUSSET (J.) DUHAMEL (G.)
Histologie	COUJARD (R.), pr. s. ch. DA LAGE MAROIS (M.) RAGADOT (M.) SCHRAMM (B.)
Hydrologie	BESANÇON (F.) CORNET (A.)
Hygiène	BLANCHER (G.) CORRE-HURST (Mme L.) ROUSSEL (A.) SAPIN-JALOUSTRE (H.)
Maladies infectieuses	DUPONT (V.) LISSAC (J.) RAPIN (M.)
Maladies métaboliques	ANTOINE (B.) CROSNIER (J.) RICHET (G.) SEBAOUN (J.)

	MM.
Médecine légale	BOURGUIGNON (A.) FOURNIER (E.) GUENIOT (M.) HADENGUE (A.)
Médecine du travail	ALBAHARY (C.)
Neuro - chirurgie	PERTUISET (B.)
Neuro - Psychiatrie	CAMBIER (J.) CATHALA (H.) ESCOUROLLE (R.) GAUTIER (J.-Cl.) LAPRESLE (J.) LEREBOULLET (J.) PICHOT (P.) TARDIEU (G.)
Obstétrique	GRANJON (A.) HERVET (E.) LE LORIER (G.) LEVY (J.) LEWIN (D.) MUSSET (R.) ROBEY (M.) SENEZE (J.) SUREAU (C.) TCHOBROUTSKY (Mme THOYER-ROZAT (J.)
Ophtalmologie	AUVERT (Mme B.) BRÉGEAT (P.) DUBOIS (A.) FONTAINE (Mme M.) SARAUX (H.)
Orthopédie	DUPARC (J.) MAURER (P.) MEARY (R.) POSTEL (M.) RAMADIER (J.)
Oto - rhino - laryngologie	DEBAIN (J.) PIALOUX (P.) SERGENT (H.)
Parasitologie	GOLVAN (Y.) HO THI SANG (Mlle) LAPIERRE (J.)
Pathologie chirurgicale	BARGAT (J.) BINET (J.-P.) BLONDEAU (Ph.) CERBONNET (G.) CHATELIN (C.-L.) DAUTRY (P.) DEMIRLEAU DUBOST (Cl.) FAUREL (J.) FLABEAU (F.) GALEY (J.-J.) GARBAY (M.) GARNIER (H.) GAUDART d'ALLAINES (Cl. de) GERMAIN (A.) LATASTE (J.) LOYGUE (J.) MAILLARD (J.-N.) MERCADIER (M.) NATALI (J.) PELLERIN (D.) PERROTIN (J.) PREMONT (M.) ROBERT (H.) THOMERET (G.) VAYSSE (J.)
Pathologie exotique	SCHNEIDER (J.)

	MM.
Pathologie expérimentale	BERTHAUX (P.)
	COTTENOT (Fr.)
	LŒPER (J.) pr. s. ch.
	MAURICE (J.)
	MIKOL (Cl.)
	PAUPE (J.-R.)
Pathologie médicale	ACAR (J.)
	AUQUIER (L.)
	AUSSANNAIRE (M.)
	BEAUMONT (J.-L.)
	BERNIER (J.-J.)
	BOUVIER (J.)
	BOUVRAIN (Y.)
	BRISSAUD (H.)
	BROCARD (H.)
	BUGE (A.)
	CANIVET (J.)
	CARLOTTI (J.)
	CATINAT (J.)
	CHRÉTIEN (J.)
	CLOAREC (M.)
	COBLENTZ (B.)
	CONTAMIN (F.)
	COURY (C.)
	DEBRAY (J.)
	ÉTIENNE (J.-P.)
	FREZAL (J.)
	FRITEL (D.)
	FUNCK-BRENTANO (J.-L.)
	GRIVAUX (M.)
	HAZARD (J.)
	HENNEQUET (A.)
	HIMBERT (J.)
	HOUSSET (E.)
	LAGRUE (G.)
	LESOBRE (R.)
	LEVEQUE (B.)
	MACREZ (C.)
	MOREAU (L.)
	NENNA (A.)
	NICK (J.)
	POULET (J.)
	ROYER (P.)
	TCHERDAKOFF (Ph.)
	THIBAULT (Ph.)
	TOURNEUR (R.)
	VILLIAUMEY (J.)
	WOLFROMM (R.)

	MM.
Pédiatrie - Puériculture	ALAGILLE (D.)
	ALISON (J.)
	CANLORBE (P.)
	GORIN (R.)
	LAFOURCADE (J.)
	LEPERCQ (G.)
	LESTRADET (H.)
	MALLET (R.)
	MANDE (R.)
	MINKOWSKY (A.)
	MOZZICONACCI (P.)
	POLONOVSKI (C.)
	REY (J.)
	RIBIERRE (M.)
	ROSSIER (A.)
	VIALATTE (J.)
Pharmacologie	BOISSIER (J.)
	LECHAT (P.)
Physiologie	BARRES (G.)
	DURAND (J.)
	GIRARD (Fr.) m. conf.
	HUGELIN (A.)
	LAURENT (D.)
	SCHERRER (J.) pr. s. ch.
	VASSEUR (B.)
Physique médicale	CHANTEUR (J.)
	COURSAGET (J.)
	GREMY (F.) m. conf.
	MILHAUD (G.)
	PAGÈS (J.-Cl.)
	PELLERIN (P.)
	ROUCAYROL (J.-C.) pr. s. ch.
	TUBIANA (M.) m. conf.
Pneumo - phtisiologie	DECROIX (G.)
	ISRAEL (L.)
	MEYER (A.)
	RENAULT (P.)
	SORS (Ch.)
Psychiatrie infantile	DENIKER (P.)
	DUCHE (D.)
	FLAVIGNY (H.)
Radiologie médicale	DUBOST (J.)
	LEFEBVRE (J.)
	MICHEL (J.-C.)
Rhumatologie	MASSIAS (P.)
Stomatologie	CAUHEPE (J.)
	CERNEA (P.)
	CHAPUT (Mme A.) m. c. agr.
	CREPY (Cl.)
	FLEURY (R.)
	GRELLET (M.)
Thérapeutique	CHASSAGNE (P.)
	FOUET (P.)
	LABET (R.)
	MARCHE (J.)
Urologie	AUVERT (J.)
	MOULONGUET (A.)
	QUENU (L.)

III. — PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE à titre permanent

	MM.
Anatomie	DEBEYRE (J.)
Clinique chirurgicale	VERNE (J.-M.)
Clinique médicale	RAMBERT (P.)
	THIEFFRY (S.)
Clinique obstétricale	GRASSET (J.)
	MAYER (M.)
	MORIN (P.)

	MM.
Clinique ophtalmologique	DESVIGNES (P.)
Clinique pédiatrique et puériculture	LAPLANE (R.)
Clinique psychiatrique	BARUK (H.)
Clinique urologique	KUSS (R.)

IV. — PROFESSEURS DÉTACHÉS DANS LES UNIVERSITÉS ÉTRANGÈRES

Bactériologie ..... HAUDUROY (P.) Pr. s. ch.
Pathologie chirurgicale ..... RUDLER(J.) Pr. s. ch.

V. — CHARGÉS DE COURS D'HYGIENE SCOLAIRE ET UNIVERSITAIRE { BOLTANSKI (E.) / LAUNAY (C.)

Secrétaire général de la Faculté . M. LENA (G.)
Conseiller administratif ..... Mlle CHAINTREUIL (G.)
Conservateur en Chef de la Bibliothèque ..... } Monsieur le Docteur HAHN (A.)
Conservateur du Musée d'Histoire de la Médecine ..... }
Conservateurs ..... Mlles DUMAITRE (P.), LE NOIR (G.), QUIÉVREUX (E.)
Bibliothécaires ..... { Mmes CONTET (J.), FORGET (F.) / Mlle LAURENT (H.), Dr SCHILLER (J.)

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE,

A MON PÈRE,

A MES FRÈRES,

A MA FAMILLE,

A MES AMIS.

A Monsieur le Professeur F.-P. MERKLEN

qui m'a proposé le sujet de cette thèse et m'a fait l'honneur de la présider. En remerciement de l'enseignement dont il a bien voulu me faire bénéficier et de l'accueil qu'il m'a réservé tant dans son service que dans son laboratoire.

A Monsieur le Professeur R. DEGOS

Son précieux enseignement de Dermatologie nous a été des plus profitables ; en témoignage de gratitude.

A Monsieur le Docteur P. de GRACIANSKY

En témoignage de gratitude pour l'accueil qu'il m'a réservé dans son service et pour l'enseignement dont il a bien voulu me faire bénéficier.

A la mémoire du Docteur M. DUCOURTIOUX

En souvenir reconnaissant pour le semestre passé auprès de lui au Pavillon Brocq ; son précieux enseignement et ses travaux ont fourni la matière de cette thèse.

A Monsieur le Docteur J.-L. DUCOURTIOUX

Qui a bien voulu mettre à notre disposition les documents de son père ; en témoignage de remerciement.

A Monsieur le Professeur agrégé Cl. MIKOL

En remerciement de l'enseignement qu'il m'a donné et des conseils qu'il m'a prodigués tout au long de la rédaction de cette thèse.

A Monsieur le Professeur agrégé F. COTTENOT

Les notions fondamentales de dermatologie qu'il m'a enseignées m'ont été des plus utiles ; en témoignage de gratitude pour l'aide qu'il m'a apportée au cours de la réalisation de ce travail.

A Monsieur le Docteur G.-R. MELKI

Qui a bien voulu relire les coupes histologiques concernant les épithéliomas spinocellulaires ; en témoignage de remerciement.

A Monsieur le Docteur Jean BERTAUD

En témoignage de gratitude pour l'aide constante et efficace qu'il nous a apportée au cours de ce travail.

A Monsieur le Docteur Ch. GRUPPER

Qui m'a fait profiter d'un précieux enseignement clinique et thérapeutique ; en témoignage de remerciement.

A Monsieur le Docteur M. RENOUX

En remerciement de ses conseils.

A MES MAITRES D'EXTERNAT :

Monsieur le Professeur J. CAUCHOIX
Monsieur le Professeur agrégé J. DUPARC
Monsieur le Docteur J.-J. WELTI
Monsieur le Docteur J. DUHAMEL
Monsieur le Professeur J. NICK
Monsieur le Professeur F. CONTAMIN
Monsieur le Professeur F. LHERMITTE
Monsieur le Docteur A. RUBENS-DUVAL
Monsieur le Professeur agrégé J. VILLIAUMEY

En témoignage de gratitude.

INTRODUCTION

Le traitement des épithéliomas cutanés a soulevé et soulève encore de très nombreuses discussions.

Dans cette étude sont analysés les cas suivis au pavillon Brocq de l'hôpital Saint-Louis, dans le service du Professeur F.-P. MERKLEN, et traités par électrocoagulation. Seuls sont considérés les malades traités au cours des années 1955 et 1956 par le docteur M. DUCOURTIOUX, ces deux années ayant été choisies pour avoir un recul suffisant.

Après un bref rappel de la technique utilisée, chacune des variétés d'épithélioma sera envisagée sous un angle clinique, précisant le type, le siège de la lésion, l'existence d'une infiltration, d'une lésion préexistante, l'âge du malade, puis sous un angle thérapeutique envisageant les résultats d'ensemble et selon les variétés ; enfin sera évoquée, l'influence éventuelle de divers facteurs sur les récidives : âge du malade, délai entre le début des signes cliniques et la première consultation, type et siège de l'épithélioma.

L'analyse de quelques cas, avec un bref résumé de l'observation clinique et des photographies de la lésion avant et après intervention en insistant sur les résultats tant du point de vue évolutif qu'esthétique, terminera cette étude.

Première Partie

TECHNIQUES UTILISÉES

Chapitre Premier

APPAREILLAGE

L'électrocoagulation, méthode thérapeutique dont l'essor remonte à de nombreuses années, a pris en dermatologie une importance considérable grâce à ses multiples avantages : simplicité d'emploi, grande maniabilité, conditions d'utilisation favorables aux traitements cancérologiques, et enfin valeur des résultats esthétiques.

I. *Les appareils utilisent des courants de haute fréquence :* entre 10 millions et 60 millions de périodes par seconde. On distingue :

A. — Deux types d'appareils :

— les appareils à lampe, fournissant des ondes entretenues ayant un effet prédominant de section ;
— les appareils à éclateur, qui donnent des ondes amorties dont l'effet est essentiellement la coagulation : cet effet étant celui que l'on recherche principalement dans les interventions dermatologiques, c'est ce type d'appareils que l'on utilise habituellement.

De plus, dans les appareils à éclateur modernes,

l'incorporation, dans le circuit, d'un résonnateur permet d'obtenir des trains d'ondes semi-amorties, aux effets de coagulation desquelles s'ajoute un certain effect de section.

B. — Plusieurs dispositifs techniques sont possibles :

— Utilisation de deux électrodes : procédé bipolaire qui peut être mono ou bi-actif selon que l'une des deux électrodes est ou n'est pas indifférente.

— Utilisation d'une seule électrode : procédé monopolaire qui, avec les appareils modernes suffisamment puissants, permet la réalisation de tous les genres d'interventions dermatologiques ; c'est ce procédé monopolaire à un seul fil, qui a été utilisé dans toutes les interventions citées.

C. — Quant au réglage proprement dit, indiqué par le constructeur, il varie selon les appareils.

II. *Effets chimiques produits par les courants de haute fréquence.*

L'électrode active, placée au contact des tissus, provoque un dégagement de chaleur qui, vers 70°, entraîne la coagulation des protéines, avec formation d'une zone blanchâtre autour de l'électrode ; puis les tissus se dessèchent par ébullition de l'eau qu'ils contiennent, se carbonisent et adhèrent à l'électrode qu'ils isolent, d'où la nécessité de la nettoyer en cours d'intervention.

III. *Effets histologiques des courants de haute fréquence.*

Ces effets étudiés par HEITZ-BOYER et CHAMPY se caractérisent :

— au centre de la zone électrocoagulée par une carbonisation des cellules ;

— avec, en périphérie, une zone de coagulation dégradée montrant :

a) des modifications cellulaires : allongement des corps cellulaires dans la direction du courant ;
b) des modifications vasculaires : thrombose des petits vaisseaux locaux d'où hémostase ;
c) oblitération des lymphathiques, qui constitue un avantage appréciable, en supprimant toute possibilité d'essaimage de la néoplasie ;
d) enfin la destruction des terminaisons nerveuses locales entraîne une atténuation des douleurs post-opératoires.

— De plus, l'escarre est plus importante qu'il ne paraît, dépassant la zone blanchâtre. Cette escarre varie dans sa diffusion avec la forme de l'électrode : les boules et les plateaux donnent une coagulation large et peu profonde, alors que les aiguilles utilisées dans tous les cas étudiés ici, donnent une coagulation plus profonde mais moins étendue ; et il faut préciser que l'électrode doit toujours être en contact direct avec le tissu à détruire et non à distance : il s'agit de coagulation et non de fulguration.

Chapitre II

TECHNIQUE OPÉRATOIRE

Après une anesthésie locale avec une injection sous-cutanée de xylocaïne à 2 % (on en met le moins possible pour éviter au maximum la diffusion des courants) l'intervention peut être pratiquée selon deux techniques principalement ; mais quelle que soit la méthode choisie, il faut insister sur la nécessité de la biopsie : assurant le diagnostic, elle justifie l'exérèse large ; parfois elle rectifie par l'examen anatomo-pathologique, une erreur du diagnostic clinique, erreur portant le plus souvent sur le type de l'épithélioma, et tel épithélioma paraissant cliniquement spinocellulaire se révèlera à l'histologie de type basocellulaire ou vice-versa.

La biopsie sera faite à l'aide d'un bistouri à lame ordinaire, à la limite du tissu sain et du tissu pathologique ; son axe sera tel que la coupe histologique montre ces deux tissus et leur limite ; cet axe sera également choisi en fonction de l'axe général que l'on veut donner à la plaie opératoire, problème qui sera revu ultérieurement.

I. *Deux techniques peuvent donc généralement être utilisées :*

1) L'électrodissection se propose d'enlever en bloc la lésion.

— Le premier geste consiste à placer des points de repère, points d'électrocoagulation espacés qui circonscrivent la lésion ; ces points seront à quelques millimètres de

celle-ci et d'autant plus loin que l'épithélioma paraît cliniquement plus malin.

Ce premier temps est très important (M. DUCOURTIOUX) car, dès que l'on commence l'électrocoagulation de la masse, il se produit une rétraction de la lésion telle que l'on risquerait de méconnaître ses dimensions exactes.

— Les points de repère étant placés, on fait le cerclage de la lésion, par un trait continu d'électrocoagulation passant à environ 3 mm. de la lésion.
— On pratique ensuite l'électrocoagulation proprement dite en passant sous la lésion, pour atteindre un plan suffisamment profond: le plan graisseux. La tumeur enlevée est ainsi entourée de toutes parts d'une marge de tissus présumés normaux, dite marge de sécurité.
— Enfin, on coagule le fond et les bords, en faisant ensuite un curettage doux, avec la curette tranchante de Brocq, pour vérifier que le tissu atteint est sain. Sinon on reprend l'électrocoagulation, jusqu'au moment où tout le tissu néoplasique a disparu.

2) La deuxième technique mise au point par le docteur M. DUCOURTIOUX consiste en électrocoagulation-curettage plan par plan :

— Après coagulation de la lésion sur toute son étendue, on enlève avec la curette les parties coagulées ; on apprécie alors la valeur des tissus du plan sur lequel on se trouve, par des différences de consistance et de vascularisation ; le tissu néoplasique apparaît très vascularisé, saignant, friable. La constatation d'un tel tissu fait reprendre la coagulation de cette zone avec nouveau curettage, et ainsi de suite jusqu'au moment où l'on se trouve devant un tissu sain, c'est-à-dire net, propre, non hémorragique, résistant sous la curette, non friable. On pratique alors une coagulation de sécurité du fond et des bords, suivie d'un curettage doux.

II. *Choix de l'axe et de la forme de la plaie.*

Pour chacune de ces deux techniques, un problème important se pose, qui conditionne la valeur esthétique du résultat : c'est celui de l'axe et de la forme de la cicatrice. En effet, en chaque région du revêtement cutané, existent des plis dont la direction est déterminée par des tractions naturelles s'exerçant de façon constante. Si l'on oriente le grand axe de la plaie dans la direction des plis régionaux, la cicatrice prendra progressivement un aspect linéaire ; une fois l'épidermisation de la plaie terminée, se forme au centre de la cicatrice, une sorte de bourrelet longitudinal qui va progressivement se résorber, amenant l'affrontement des deux lèvres cutanées qui le bordaient, et donnant ainsi en quelques semaines ou mois, un aspect linéaire à la cicatrice, souvent d'ailleurs cachée par des plis.

Un artifice facilite l'obtention de cet aspect cicatriciel : il consiste à donner à la plaie opératoire une forme naviculaire à extrémités formées d'un angle aigu ; ceci est possible en terminant la plaie d'électrocoagulation circulaire ou ovoïde par deux pointes triangulaires de petites tailles, diamétralement opposées ; ces pointes servant à conditionner l'axe de la plaie.

III. *Exérèse en V.*

Une technique peut être appliquée à une localisation particulière : c'est l'exérèse en V sur les lèvres inférieure et supérieure ; après anesthésie locale, deux pinces de Kocher circonscrivant la lésion à 4 ou 5 mm., sont placées en V. L'opérateur, muni de gants de caoutchouc, pratique l'électrocoagulation le long de ces pinces ; on aboutit ainsi à une résection en coin de la lèvre. L'évolution ultérieure se fait toujours, en quelques semaines, vers la restitutio ad integrum de la lèvre qui prend son aspect normal et sa fonction, sans aucune gêne pour le malade.

Chapitre III

INDICATIONS OPÉRATOIRES

Chacune de ces techniques a ses indications. Certes, l'exérèse en V ne s'applique qu'aux épithéliomas de la lèvre inférieure et de la lèvre supérieure, mais les deux autres techniques trouveront leur utilisation, en fonction de critères cliniques mais aussi personnels, dépendant de l'opérateur : l'électrodissection plus simple, peut-être plus rapide, sera utilisée dans les cas d'épithéliomas cliniquement très malins tels les ulcus rodens, les spinocellulaires. Elle retirera la lésion en bloc, en atteignant d'emblée le tissu graisseux ; la pièce obtenue sera entièrement envoyée à l'anatomopathologiste.

L'électrocoagulation curettage plan par plan, plus délicate, donne de meilleurs résultats esthétiques, et, entre des mains entraînées, se révèlera moins aveugle, quoique tout aussi sûre : on l'applique, en fait, surtout aux cas d'épithéliomas basocellulaires pagétoïdes ou plans cicatriciels ; bien que permettant de suivre la profondeur de la lésion, elle est plus conservatrice, la destruction n'atteignant pas systématiquement le tissu graisseux, mais s'arrêtant dès que seul persiste du tissu sain.

L'existence d'adénopathies satellites, certains caractères de l'épithélioma, en particulier sa trop grande taille, feront recourir à d'autres méthodes thérapeutiques ; ce problème sera revu dans un chapitre spécial.

Chapitre IV

SURVEILLANCE POST-OPÉRATOIRE

Enfin, dernier problème important, c'est celui de la surveillance : on peut y reconnaître deux phases.

I. *Surveillance à court terme.*

C'est la première phase ; elle suit l'évolution de la plaie jusqu'à épidermisation complète et tendra vers un double but : d'esthétique et de dépistage d'une récidive précoce. Les techniques opératoires, par le curettage du fond de la plaie évitent la formation d'une escarre avec ses phénomènes douloureux, inflammatoires ou hémorragiques.

Après trois ou quatre jours, la plaie est recouverte d'une membrane fibrino-leucocytaire : il faut avertir le malade de sa survenue car il pourrait s'alarmer, croyant qu'il s'agit d'une suppuration. Cette membrane s'élimine ainsi que les parties coagulées vers le quinzième jour, tandis que la plaie commence à bourgeonner ; la cicatrisation se développe simultanément de la périphérie vers le centre qu'elle atteint en cinq à six semaines environ. Pour avoir les meilleurs résultats esthétiques, pendant toute cette période de cicatrisation seront prescrits, après nettoyage avec de l'eau Dalibour, des pansements gras aseptiques bi-quotidiens avec une crème type crème de Dalibour. La formule de M. Ducourtioux est la suivante :

Sulfate de cuivre	0,02 g
Sulfate de zinc	0,03
Eau de chaux	10
Lanoline	10
Vaseline	15

Il faut également surveiller le tissu de granulation central qui servira de support aux cellules épidermiques, et en particulier lui garder un aspect lisse, en cautérisant légèrement avec un crayon de nitrate d'argent, les bourgeons charnus exubérants afin d'obtenir une cicatrice bien plane.

Enfin, tout au cours de cette surveillance, on vérifiera l'absence de signe de récidive, en fait bien rare à cette période.

II. *Surveillance à long terme.*

Cette deuxième phase de la surveillance commence lorsque la cicatrisation est totalement terminée ; elle se propose de vérifier l'absence de modification de la cicatrice, soit en son centre, soit surtout à sa périphérie. Elle devra être prolongée, étant donné le temps souvent long (parfois plus de 5 ans) au bout duquel se déclare une récidive. De toute façon, le malade sera prévenu d'avoir à consulter à la survenue de la moindre anomalie.

Deuxième Partie

MALADES ÉTUDIÉS

Chapitre Premier

MODE DE CLASSIFICATION UTILISÉ POUR LES DIVERS ÉPITHÉLIOMAS CUTANÉS

La clinique et l'anatomie pathologique ont permis de distinguer :

1. Les épithéliomas basocellulaires et, parmi ceux-ci :
   — un type plan cicatriciel perlé ;
   — un type saillant ;
   — un type pagétoïde superficiel ;
   — une vérité ulcérée : l'Ulcus rodens ;
   — enfin des épithéliomas pigmentés.

2. Les épithéliomas spinocellulaires, qui, monomorphes, se sont tous présentés sous la forme d'une tumeur ulcérée.

3. Les épithéliomas intermédiaires, qui se sont cliniquement présentés soit sous l'aspect d'un épithélioma basocellulaire, soit sous celui d'un spinocellulaire.

Quel que soit le type de l'épithélioma, ont été notés, l'âge et le sexe du malade, le siège, une éventuelle lésion préexistante, l'existence ou non d'une infiltration, d'adénopathies.

Chapitre II

DÉNOMBREMENT DES CAS ÉTUDIÉS

Les malades dénombrés sont ceux qui sont venus consulter durant les deux années 1955 et 1956 : ces deux années ont été choisies arbitrairement, mais suffisamment éloignées pour avoir un recul permettant de suivre les malades sur un nombre assez grand d'années : ceci permet de donner des résultats à long terme, confirmés par une surveillance d'au moins six ans, ce qui est indispensable, étant donné le délai souvent long de la première récidive possible.

Deux années ont été choisies, pour avoir un nombre plus grand de malades : l'analyse des cas entre 1955 et 1956 montre une quasi superposition quant aux pourcentages calculés, tant pour le type que pour le siège des lésions. Une analyse rapide des dossiers des malades traités en 1957 et 1958, mais qui n'avaient pas été revus après six ans, montre d'ailleurs une répartition tout à fait semblable.

I. *Sur 161 épithéliomas, 111 sont des épithéliomas basocellulaires, soit 68,94 % du total.*

A. — Etude clinique et étiologique

1. Type d'épithélioma.

sur les 111 épithéliomas basocellulaires, dans 11 cas le type n'était pas précisé ; il reste donc 100 cas bien étiquetés, se répartissant ainsi :

— 53 ulcus rodens
— 25 saillants
— 13 plans
— 4 pagétoïdes
— 5 pigmentés.

2. Siège de l'épithélioma.

5 siègent hors de la tête, soit 4,50 %, mais 106 siègent sur la face, dont 53 dans la région nasale (nez, sillon naso-génien, angle interne de l'œil) soit 47,70 % du total des épithéliomas basocellulaires.

3. Une lésion préexistante a pu être retrouvée dans quelques cas :

— 2 fois un papillome
— 2 fois une cicatrice de brûlure
— 2 fois un naevus
— 1 fois un xanthélasma

soit 7 cas au total, c'est-à-dire 6,30 % des cas.

Il faut signaler en outre, chez plusieurs porteurs de lunettes, le siège de la lésion près de l'angle interne de l'œil, sur la zone irritée, mais le port de lunettes n'ayant pas été noté systématiquement, un calcul statistique s'avère impossible.

4. Une infiltration sous-jacente à la lésion a été notée nettement dans 7 cas, soit 6,30 %.

5. On n'a jamais décelé d'adénopathie.

6. Enfin, les malades dont la moyenne d'âge régulièrement étalée était de 60 ans, dont 52 soit 46,84 % étaient des hommes, sont venus consulter pour la première fois dans des délais variables, entre 2 mois et 10 ans, soit 2 ans et 8 mois en moyenne après avoir « remarqué » leur lésion.

B. — Particularité de type de l'épithélioma en fonction de l'âge du malade

L'âge moyen, pour chaque type d'épithélioma basocellulaire est de 66 ans 1/2 pour les épithéliomas saillants, 62 ans 1/2

pour les ulcérés, 59 ans pour les plans cicatriciels, 57 ans 1/2 pour les pigmentés, 57 ans pour les pagétoïdes.

Chez les sujets de moins de 50 ans, ne sont comptées que des formes pigmentées (40 % de ces épithéliomas pigmentés), planes (33 % de ces formes), et ulcérées (18 %). Aucune forme pagétoïde ni saillante n'est notée avant 50 ans.

C. — Le type de l'épithélioma ne semble pas, généralement, dépendre de son siège, cependant :

1. Les épithéliomas de la région nasale semblent plus volontiers ulcéreux : 31 cas sur 49, soit 63,27 %, ce qui est supérieur au pourcentage total de ce type, 53 %.

2. Les épithéliomas pagétoïdes siègent surtout hors de la tête. Sur 5 épithéliomas extracéphaliques, 3 sont pagétoïdes. Sur 4 épithéliomas pagétoïdes, 3 sont hors de la tête, alors que 5 % seulement de l'ensemble des épithéliomas basocellulaires sont extracéphaliques. Bien que le nombre de cas soit peu important, ces chiffres paraissent significatifs.

Le tableau suivant montre la répartition des types d'épithéliomas basocellulaires suivant leur siège.

Il faut enfin souligner que les 4 épithéliomas siègeant sur les lèvres étaient situés sur le versant cutané sans atteindre la partie muqueuse, et qu'ainsi aucun épithélioma basocellulaire n'a été trouvé sur une muqueuse.

TYPE DE L'ÉPITHÉLIOMA EN FONCTION DE SON SIÈGE

Siège / Type	Ulcéreux	Saillant	Plan	Pagétoïde	Pigmenté	Non précisé	TOTAUX
Sillon naso-génien	4	1	—	—	—	1	6
Angle interne de l'œil	6	2	3	—	—	1	12
Angle externe de l'œil	1	—	—	—	—	—	1
Paupière inférieure	3	2	1	—	—	1	7
Paupière supérieure	—	2	—	—	1	—	3
Nez	21	7	3	1	1	2	35
Lèvre supérieure	2	—	—	—	1	—	3
Lèvre inférieure	—	1	—	—	—	—	1
Autres localisations sur la tête	16	9	6	—	1	6	38
En dehors de la tête	—	1	—	3	1	—	5
TOTAUX	53	25	13	4	5	11	111

II. *Sur 161 épithéliomas, 22 sont des épithéliomas spinocellulaires, soit 13,66 % du total, et il faut préciser que toutes les coupes histologiques concernant des épithéliomas spinocellulaires ont été revues récemment, avec l'arrière-pensée qu'un kératoacanthome aurait pu être méconnu à la première lecture (1955, 1956).*

A. — Etude clinique et étiologique

1. Dans tous les cas, l'aspect réalisé était celui d'une tumeur ulcérée, et de préférence de siège céphalique :

3	d'entre eux siègeaient sur le nez	soit 13,64 %
6	sur la lèvre inférieure	soit 27,27 %
2	sur la lèvre supérieure	soit 9,09 %
1	sur la langue	soit 4,55 %
6	en un autre point de la tête	soit 27,27 %
4	avaient un siège extracéphalique	soit 18,18 %

Et il faut préciser que sur les 6 lésions de la lèvre inférieure, une seule était uniquement cutanée, les 5 autres étant cutanées et muqueuses ; les 2 lésions de la lèvre supérieure étaient cutanées, soit 6 épithéliomas spinocellulaires (5 de la lèvre inférieure, 1 de la langue) intéressant les muqueuses ou demi-muqueuses, c'est-à-dire 27,27 %.

2. Une lésion préexistante a été trouvée dans 5 cas :
   3 fois il s'agissait d'une leucoplasie,
   2 fois d'une chéilite glandulaire.

3. Il n'a jamais été noté d'adénopathie satellite lors du premier examen, avant l'intervention.

4. Enfin, les malades dont la moyenne d'âge était de 65 ans 1/2 et dont 11, soit la moitié, était des hommes, sont venus consulter pour la première fois dans des délais variables entre 1 mois et 10 ans, soit 1 an et 3 mois après avoir « remarqué » leur lésion.

III. *Sur 161 épithéliomas, 28 sont des épithéliomas intermédiaires, soit 17,39 % du total.*

1. Ici encore le siège céphalique est nettement prédominant, puisqu'on retrouve 27 lésions sur la tête parmi lesquelles on trouve :

— 4 lésions du nez, soit	14,29 %
— 2 du sillon naso-génien, soit	7,14 %
— 1 de l'angle interne de l'œil	3,57 %
— 2 de la lèvre inférieure	7,14 %
— 1 de la lèvre supérieure	3,57 %
— 17 en un autre point de la tête	60,71 %
— alors que 1 seule avait un siège extra-céphalique	3,57 %

2) Une lésion préexistante a été trouvée dans 4 cas : 1 chéilite glandulaire, 2 kératoses séniles, et 1 leucoplasie chez un grand fumeur ; ce dernier était porteur de 2 épithéliomas, tous deux de type intermédiaire, tous deux précédés par une lésion leucoplasique siègeant l'un sur la face interne de la joue, l'autre sur la lèvre inférieure.

3. Une infiltration de la lésion a été notée dans 4 cas.

4. L'examen clinique n'a jamais trouvé d'adénopathie satellite.

5. Enfin, les malades, dont la moyenne d'âge était de 63 ans, et dont 10, soit 35,71 %, étaient des hommes, sont venus consulter dans des délais variables, entre 1 mois et 15 ans, en moyenne 1 an et 4 mois après avoir « remarqué » leur lésion.

IV. *Une statistique globale portant sur les 161 épithéliomas étudiés montre :*

1. La prédominance sur le visage : 151 céphaliques, soit 93,79 % du total.

2. Le gros pourcentage de basocellulaires dans la région du nez et des yeux, le gros pourcentage de spinocellulaires sur la lèvre inférieure et plus généralement sur les muqueuses, ainsi :

sur 42 épithéliomas du nez on trouve	35 basocellulaires, soit 83,33 %
sur 9 du sillon naso-génien	6 basocellulaires, soit 66,66 %
sur 13 de l'angle interne de l'œil	12 basocellulaires, soit 92,30 %
sur 10 des paupières	10 basocellulaires, soit 100,— %

Alors que :

sur 9 cas de la lèvre inférieure	6 spinocellulaires, soit 66,66 %
et 2 cas sur d'autres muqueuses	1 spinocellulaire 1 intermédiaire

Par ailleurs, l'interrogatoire portant sur l'existence d'une lésion préexistante apprend qu'un épithélioma basocellulaire s'est développé sur une lésion papillomateuse dans 2 cas : les deux fois, il s'agissait d'un épithélioma de type ulcéreux ; deux fois c'était à une brûlure (datant de 4 mois pour l'un, 3 ans pour l'autre) que succédait l'épithélioma, dans les deux cas de type plan-perlé ; deux fois la lésion préexistante était un naevus pigmentaire, une fois un xanthélasma.

3. Une leucoplasie a cédé la place :
   3 fois à un spinocellulaire,
   1 fois à un intermédiaire

4. Une chéilite glandulaire :
   2 fois à un spinocellulaire,
   1 fois à un intermédiaire

5. Enfin, une kératose sénile :
   2 fois à un intermédiaire.

V. *En ce qui concerne le problème des épithéliomas multiples,* 6 des malades vus avaient ou ont eu d'autres localisations d'épithéliomas : 5 d'entre eux n'avaient, lors de la première consultation, qu'une seule lésion épithéliomateuse et c'est entre 2 et 7 ans plus tard qu'apparurent d'autres épithéliomas en nombre variable ; chez un même malade peuvent se rencontrer divers types d'épithéliomas, des kératoses séniles ; dans un cas, coexistaient des épithéliomas basocellulaires, intermédiaires, et une maladie de Bowen, tous vérifiés histologiquement.

Il faut enfin signaler qu'alors que la moyenne d'âge de l'ensemble des malades porteurs d'épithéliomas cutanés traités est de 61 ans, celle des malades chez lesquels survinrent d'autres épithéliomas est de 65 ans 1/2.

VI. *Autres statistiques.*

La communication de R. Degos et de J. Meyer au Congrès d'Alger portant sur 720 malades traités entre 1949 et 1956, montre :

1. Sur 720 cas, 62 % d'épithéliomas basocellulaires siègeant : sur le nez pour 30 % d'entre eux, sur les paupières (4 %), la lèvre supérieure (2 %), en un autre point de la tête (51 %), alors que 13 % avaient un siège extracéphalique.

5 % de ces lésions étaient survenues sur cicatrices, lupus ou radiodermites.

Tous ces chiffres sont semblables à ceux trouvés dans la présente étude tant pour la proportion de basocellulaires (63 %), que pour la répartition en fonction du siège. Par ailleurs, dans une thèse inspirée par H. Gougerot, D. Arguelles Casals signale la prédilection des épithéliomas basocellulaires pour la face, surtout dans ses 2/3 supérieurs et en particulier sur le nez.

2. Dans la même communication au congrès d'Alger, R. Degos et J. Meyer notent sur les 720 épithéliomas étudiés

34 % de spinocellulaires siègeant sur la lèvre inférieure pour 10 % d'entre eux, la lèvre supérieure pour 2 %, en un autre point de la tête (68 %), alors que 20 % avaient un siège extracéphalique.

Le pourcentage de 34 % de spinocellulaires, très supérieur aux 13,66 % trouvés dans la présente étude, ainsi que les autres différences en fonction du siège pourraient être expliqués par le fait que le type « épithélioma intermédiaire » n'a pas été retenu par ces auteurs.

Chapitre III

SURVEILLANCE DES MALADES TRAITÉS

I. *Sur 161 épithéliomas traités, 89 ont été suivis régulièrement comme il a été vu plus haut : 62 basocellulaires sur 111, 13 spinocellulaires sur 22, 14 intermédiaires sur 28.*

La dernière consultation, confirmant la guérison, s'est située au moins 6 ans après l'intervention : ce sont ces 89 cas qui serviront au calcul des pourcentages des résultats éloignés.

II. *72 malades n'ont pu être revus, différentes causes peuvent l'expliquer.*

1. Le décès pour une autre raison : 8 lettres de parents de malades opérés ont annoncé un décès pour une cause variable : infarctus, embolie, etc..., dans tous les cas, ces lettres indiquaient que l'épithélioma n'avait pas récidivé et était considéré comme guéri ; néanmoins, la date du décès étant survenue avant 5 ans, et le malade n'ayant pas été revu, ces cas ne seront pas envisagés dans le calcul des pourcentages.

2. Dans les autres cas, les convocations sont revenues indiquant un changement d'adresse, ou bien aucune réponse n'est parvenue ; dans ces 64 cas, les malades avaient été revus 1 an après l'intervention, et jamais n'avait été notée de récidive ; néanmoins, le délai de

5 ans n'étant pas alors respecté, ces cas n'entreront pas dans les calculs de pourcentage.

On peut d'ailleurs, pour ces 64 cas, envisager trois possibilités :

— guérison du malade qui ne veut ou ne peut se déranger ;
— récidive avec changement de médecin ;
— décès pour une cause étrangère à la lésion cutanée.

Il est donc à déplorer que plus du tiers des malades vus primitivement échappent à l'analyse actuelle. Ce fort pourcentage de malades non revus est d'ailleurs signalé par P. de GRACIANSKY, R. TUBIANA, R. LECLERCQ dans leur rapport au congrès d'Alger, citant ALLEN : « les cancers de la peau sont notoirement difficiles à suivre, et l'auteur sur 1.013 cas, n'a pu en suivre que 564 pendant un an, 289 après 3 ans, 146 après 5 ans ».

Troisième Partie

RÉSULTATS

Les résultats seront envisagés successivement sous deux angles : cancérologiques ou évolutifs, puis esthétiques.

Chapitre Premier

RÉSULTATS ÉVOLUTIFS

I. *Sur les 111 cas d'épithéliomas basocellulaires :*

49 n'ont pas été revus après le délai de 6 ans.
49 ont été revus guéris.
13 avaient eu une récidive histologiquement confirmée : toute lésion suspecte siègeant sur la cicatrice, en bordure de celle-ci ou à son voisinage immédiat ayant été biopsiée.

L'étude de ces 13 cas de récidives permet les constatations suivantes :

1. La moyenne d'âge des malades est de 54 ans, donc 6 ans de moins que pour l'ensemble des malades traités (60 ans).

2. Sur les 13 cas ayant eu une récidive :

8 étaient de type ulcéreux, soit 15 % de récidives dans ce type ;
2 étaient de type saillant, soit 8 % ;
1 de type plan cicatriciel, soit 4,78 % ;

2 de type pagétoïde, soit 1/3 de récidive dans ce type ;
0 de type pigmenté.

Et M. Ducourtioux écrit à ce propos de ces formes superficielles : « Les récidives fréquentes, l'apparition de nouvelles lésions en bordure et même parfois un peu à distance des lésions traitées et guéries, montrent que la zone cutanée susceptible d'être frappée de modifications épithéliomateuses est souvent plus importante que la clinique et même l'histologie le faisaient supposer ».

3. Selon le siège, ont été trouvées :

6 récidives sur 35 lésions du nez, soit 17,14 % des cas ;
1 récidive sur 3 lésions de la lèvre supérieure, soit 33,33 % des cas ;
2 récidives sur 12 lésions de l'angle interne de l'œil, soit 16,6 % des cas.

Alors qu'aucune récidive n'a été notée dans le sillon nasogénien (6 cas), l'angle externe de l'œil (1 cas), les paupières (10 cas), la lèvre supérieure (3 cas).

Sur le reste de la tête (38 cas) : 3 récidives, soit 7,89 % des cas.

Enfin, une récidive parmi les 5 épithéliomas basocellulaires extracéphaliques (20 %).

4. Sur les 7 épithéliomas survenus sur une lésion préexistante : 1 n'a pas été suivi après 6 ans, 5 n'ont pas présenté de récidives dans les 6 ans, 1 épithélioma sur une cicatrice de brûlure a présenté une récidive traitée et suivie d'une deuxième récidive.

5. Sur les 7 cas nettement infiltrés, 1 n'a pas été revu après un délai suffisant ; les 6 autres n'ont pas récidivé.

6. Sur les 13 récidives :

4 sont survenues dans la première année ;
3 dans les 2 ans ;
1 dans les 3 ans ;
1 après 5 ans, 1 après 6 ans ;
et 2 après 7 ans d'évolution post-opératoire.

7. L'évolution après traitement de ces récidives, s'est faite vers la guérison dans 6 cas, guérison confirmée après une délai de 5 ans pour 4 d'entre eux, 3 ans pour les 2 autres.

3 autres cas ont paru guéris à la dernière consultation, mais la récidive ayant été tardive, le recul (environ un an) est insuffisant.

1 cas vu 7 ans après l'intervention a montré une récidive datant de plusieurs mois et a dû être traité par radiothérapie.

2 malades ont présenté une deuxième récidive :

— l'un trois ans après la première ; suivi depuis 3 ans, il paraît actuellement guéri.

— l'autre dont la première récidive était survenue 5 ans après l'intervention, a eu sa deuxième récidive 2 ans plus tard.

Enfin, 1 malade a fait 4 récidives (épithélioma de l'angle interne de l'œil), récidive tous les ans, sauf depuis 4 ans qu'il paraît guéri.

8. Quant au délai d'apparition de la première récidive, il ne semble pas avoir d'influence sur l'évolution ultérieure : ce délai a été de 1 an, 2 ans et 5 ans, respectivement, dans les 3 cas ayant donné lieu à une deuxième récidive.

Au total, il semble que si l'existence d'une lésion préexistante (exception faite peut-être pour la cicatrice de brûlure), ou d'une infiltration nette, influe peu sur le devenir d'un épithélioma basocellulaire, par contre, certains facteurs jouent un rôle :

— l'âge plus jeune du malade ;
— le type ulcéreux et surtout pagétoïde de l'épithélioma ;
— son siège sur le nez et dans l'angle interne de l'œil ;
— tous facteurs augmentant les risques de récidives.

II. *Sur les 22 cas d'épithéliomas spinocellulaires :*

— 9 n'ont pas été revus après le délai de 6 ans ;
— 9 ont été revus guéris ;
— 4 cas ont récidivé, dont 3 ont eu une récidive in situ et 1 cas s'est compliqué d'adénopathie.

1. La moyenne d'âge de ces malades est de 58 ans 1/2, donc 7 ans de moins que pour l'ensemble des malades (65 ans 1/2).

2. Selon le siège, ont été trouvées :

— 3 récidives sur 6 lésions de la lèvre inférieure, soit 50 %
— 1 récidive sur 4 lésions extra-céphaliques : 25 %
— aucune récidive pour les autres localisations.

3. Sur les 5 cas survenus sur une lésion préexistante:

1 n'a pas été suivi 6 ans ; 2 ont été revus guéris, 2 ont eu une récidive, ces 2 cas siègeaient sur la lèvre inférieure et étaient survenus, sur une chéilité glandulaire pour l'un d'eux, sur une plaque de leucoplasie pour l'autre. Ainsi, sur 4 épithéliomas de la lèvre inférieure, survenus sur une lésion préexistante, 2 ont récidivé, soit 50 %, ce qui est le même pourcentage pour l'ensemble des cas en cette localisation : donc pas d'influence décelable de la lésion préexistante.

4. Sur les 4 récidives, 3 ont été locales :

— 2 sont survenues au bout de 2 ans ;
— 1 après 3 ans ;
— 1 évolution s'est faite vers l'apparition d'un ganglion satellite n'existant pas auparavant, sans modification de la cicatrice.

5. L'évolution de ces 4 cas a abouti ultérieurement à la guérison dans 2 cas, vérifiée 4 ans après pour l'un (5 ans pour l'autre.

Dans un cas, le malade n'a pas été revu après la deuxième intervention.

Enfin, la malade ayant eu une adénopathie satellite a été traitée par roentgenthérapie (3.000 r) et colchicine intraveineuse ; sa cicatrice, sur la grande lèvre, ne s'était pas modifiée. Elle est décédée 5 ans plus tard, à l'âge de 61 ans, d'une affection non précisée.

Au total, là encore l'âge relativement jeune du malade semble favoriser la récidive ; une localisation semble d'autre part plus fréquemment donner une récidive : la lèvre inférieure.

Ducourtioux note la fréquence et la gravité des épithéliomas spinocellulaires au pourtour des orifices : vestibule narinaire, lèvres, cavité buccale.

III. *Sur les 28 cas d'épithéliomas intermédiaires :*

— 14 n'ont pas été revus après le délai de 6 ans ;
— 13 malades sont apparus guéris ;
— 1 malade présentait une nouvelle lésion sous-auriculaire au voisinage de la première pré-auriculaire. Cette deuxième lésion, volumineuse, survenue 2 ans après la première fixée, très infiltrée, marronnée, a été traitée par radiothérapie. Ce malade devait décéder 4 ans plus tard, à 77 ans, pour une cause non précisée.

IV. *Sur les 6 malades porteurs d'épithéliomas multiples :*

— 1 n'a pas été revu ;
— 2 n'ont jamais présenté de récidive à quelque moment que ce soit ;
— 2 n'ont pas eu de récidive du premier épithélioma traité, mais ont vu une des lésions ultérieures ou ou plusieurs, récidiver ;
— 1 malade a vu une de ses 2 lésions primitives récidiver sans que les lésions ultérieures ne récidivent.

Les récidives ont concerné de façon équivalente les lésions baso et spinocellulaires et toujours une lésion basocellulaire a récidivé en basocellulaire, une lésion intermédiaire en intermédiaire, une spinocellulaire en spinocellulaire.

V. *Au total, sur les 87 cas suivis :*

a) 76 se sont révélés guéris avec un recul de 6 ans, dont
— 71 après une seule intervention
— 5 ayant nécessité une réintervention
Ces 76 malades représentent 87,36 % des cas suivis.

b) 5 malades ont paru guéris après la réintervention, mais

le recul, supérieur dans les 5 cas à 3 ans, est toutefois inférieur à 6 ans.

c) 5 autres malades paraissent guéris, mais avec un recul de 1 an environ, donc de peu de valeur.

d) Enfin, 3 cas se présentent comme des échecs, le développement de la lésion, ou l'existence d'une adénopathie ayant dû faire recourir à la radiothérapie ; ces 3 cas représentent 3,45 % des cas suivis.

Il faut d'ailleurs préciser que, sur les 16 récidives :

— 4 seulement se sont produites la première année ;
— 6 au cours de la deuxième année ;
— 1 au cours de la troisième année ;
— 2 au cours de la quatrième année ;
— 1 après 5 ans ;
— 1 après 6 ans
— et 2 après 7 ans, soit 6 récidives après plus de 3 ans d'évolution post-opératoire qui paraissait normale.

VI. *Situation de ces résultats parmi d'autres obtenus par la même méthode thérapeutique : « électrocoagulation ».*

C. Huriez et R. Lebeurre, dans une communication au Congrès d'Alger, présentent 1.002 tumeurs cutanées malignes, dont 142 épithéliomas traités par électrocoagulation, observées entre 1953 et 1959.

A. Sur les 142 épithéliomas, 106 basocellulaires, parmi lesquels :

1. 91 bons résultats confirmés après un délai de :

— 5 ans pour 25 d'entre eux
— 4 ans pour 18 » »
— 3 ans pour 22 » »
— 2 ans pour 10 » »
— 1 an pour 6 » »
— 3 à 6 mois 10 » »

5 malades ayant été perdus de vue avant ce délai.

2. 10 récidives :

— 3 d'entre elles ont donné lieu à une deuxième électrocoagulation qui a apporté la guérison dans 2 cas vérifiée après 2 et 3 ans ; le troisième malade ayant eu une deuxième récidive, a été traité par curiethérapie.
— 6 autres récidives ont été traitées par radiothérapie de contact.
— la dernière par curiethérapie.

B. Sur les 142 épithéliomas, 36 spinocellulaires, parmi lesquels :

1. 23 guérisons confirmées avec recul de :

— 5 ans pour 6 d'entre elles
— 4 ans pour 7 » »
— 3 ans pour 3 » »
— 2 ans pour 4 » »
— 1 an pour 1 » »
— 3 à 6 mois 2 » »

10 malades ayant été perdus de vue avant ce délai.

2. Trois récidives, traitées.

a) L'une par électrocoagulation, suivie d'une deuxième récidive ;
b) Une deuxième par curiepuncture guérie avec un recul de 1 an ;
c) La troisième par radiothérapie de contact, paraissant guérie un an après.

C. Les résultats obtenus sont comparables à ceux de la présente étude ; surtout si l'on tient compte du fait que seuls 81 malades ont été vus avec un recul supérieur ou égal à 3 ans, sachant qu'après 3 ans surviennent plus du tiers des récidives. La durée d'évolution post-opératoire nécessaire pour pouvoir affirmer la guérison est d'ailleurs discutée.

P. de Graciansky, R. Tubiana, R. Leclercq, dans le rapport au Congrès d'Alger, écrivent : « Quel recul exiger pour décider avec une vraisemblance suffisante que les récidives ne sont plus à craindre ? Le recul de 5 années est généralement admis pour la plupart des cancers ; n'est-il pas ici trop long ? » Néanmoins, plus loin ils notent :

« Dans leur travail portant sur 750 cas, Churchill Davidson et Johnson signalent que 76,4 % des récidives observées sont survenues dans les 3 premières années suivant le traitement ». Ce qui représente près du quart des récidives après 3 ans ; et ils ajoutent : « Ces difficultés de fixer une limite raisonnable à la surveillance, sont accrues par le fait que malgré tout des récidives tardives sont possibles sans que rien ne permette le plus souvent de les prévoir ».

Chapitre II

RÉSULTATS ESTHÉTIQUES

Si la sécurité cancérologique reste la première préoccupation, le résultat esthétique a également une grande importante, d'autant que la majorité des épithéliomas siège sur le visage. Le but de la technique est d'obtenir une cicatrice linéaire, allongée dans le sens des plis régionaux : ceci est réalisé dans le sillon naso-génien, dans l'angle interne de l'œil, parfois sur le nez ; dans certains cas, la cicatrice n'est pas linéaire, mais souvent alors, sa surface plane et lisse la rend difficile à distinguer de l'épiderme alentour : ceci s'observe dans les régions malaires, les joues, où les téguments sont normalement peu plissés ; rarement enfin, la cicatrice s'est montrée scléreuse ; dans un cas une bride cicatricielle s'est formée : des scarifications, des applications de neige carbonique ont permis d'obtenir un résultat final satisfaisant.

Quelques observations accompagnées de photographies de la lésion avant et après intervention, montrent les résultats obtenus :

OBSERVATION I

Monsieur RAF... Pierre, 52 ans ; tumeur arrondie de la paupière inférieure gauche ; avec ulcération centrale, bordure périphérique perlée ; mesurant 12 mm. sur 10. Photo 1 a.

Résection en Y au bistouri électrique avec rapprochement provisoire des angles par suture, pour éviter la survenue d'un ectropion. Photo 1 b.

Histologie : « Epithélioma basocellulaire avec réaction inflammatoire du stroma ».

8 mois après : cicatrice saine très peu visible. Photo 1 c.

Actuellement : R.A.S. Cicatrice invisible.

OBSERVATION II

Madame HOT... Marie, 80 ans : tumeur arrondie de l'angle interne de l'œil droit, existant depuis plusieurs années ; présentant quelques petites ulcérations superficielles ; mesurant 18 mm. sur 12. Photo 2 a.

Electrocoagulation.

Histologie : Epithélioma basocellulaire.

2 mois 1/2 après : cicatrice saine peu visible sans déformation de la paupière. Photo 2 b.

OBSERVATION III

Madame LEC... Marie, 70 ans : tumeur de la partie droite de la lèvre supérieure ; existant depuis plusieurs années ; mesurant 25 mm. sur 20 ; atteignant la partie muqueuse mais surtout cutanée. Photo 3 a.

Exérèse en V au bistouri électrique.

Histologie : Epithélioma intermédiaire.

4 mois après : petite cicatrice linéaire peu visible ne gênant pas la malade. Photo 3 b.

OBSERVATION IV

Monsieur OLL... René, 48 ans : début il y a 10 ans sur la région malaire gauche par une lésion actuellement cicatricielle ; puis constitution de part et d'autre de cette lésion de 2 zones ulcéreuses à bordure perlée. Photo 4 a.

Electrocoagulation.

Histologie : Epithélioma basocellulaire avec réaction inflammatoire du stroma.

3 mois après : bride cicatricielle semi-lunaire à concavité supéro-interne sans rétraction de la paupière. Photo 4 b.

Scarifications puis application de neige carbonique au troisième mois.

2 ans après : résultats satisfaisants. Photo 4 c.

Actuellement, rien à signaler.

OBSERVATION V

Madame PEL... Sophie, 77 ans : volumineuse lésion du front existant depuis environ 10 ans ; tumeur bourgeonnante saignante ulcérée mesurant 4 sur 3,5 cm. Photo 5 a.

Electrodissection de la lésion, qui adhère au périoste.

Histologie : Epithélioma spinocellulaire.

2 mois après : cicatrisation en bonne voie. Photo 5 b.

4 mois 1/2 après : cicatrisation terminée ; aspect sain et esthétique. Photo 5 c.

Phot 2 a

Photo 2 b

Phot 3 a

Photo 3 b

Photos Collection Dr M. DUCOURTIOUX.

Photos 4 a, 4 b, 4 c
Photos Collection Dr M. DUCOURTIOUX.

Photo 5 a

Photo 5 b

Photo 5 c

Photos Collection Dr M. DUCOURTIOUX.

Chapitre III

INDICATIONS DU TRAITEMENT PAR ÉLECTROCOAGULATION

Un dernier point important à préciser est celui de la taille des lésions traitées ; cette taille variait entre 2 à 3 mm. et 4 cm. de diamètre : en moyenne 1,5 cm. La plus grande lésion, atteignant 4 cm., siègeait sur le vertex ; elle a guéri sans récidive après électrocoagulation.

La grande taille d'une lésion doit faire recourir à d'autres méthodes thérapeuthiques ; radiothérapie ou chirurgie, qui peuvent d'ailleurs également assurer le traitement des petits épithéliomas cutanés ; on fera aussi appel à l'une de ces méthodes devant une adénopathie satellite, notamment en cas d'épithélioma spinocellulaire.

I. *La Radiothérapie.*

1. La radiothérapie de contact par la faible distance foyer-tumeur qu'elle permet, offre la possibilité d'avoir une grande différence entre les doses reçues par la tumeur et les tissus sous-jacents ; utilisant des doses fractionnées ou une dose unique, elle s'adresse aux lésions superficielles.

2. La radiothérapie superficielle utilisant des radiations de longueur d'onde moyenne, sans filtre, permet l'application de fortes doses en une ou très peu de séances.

3. Quant au radium, au cobalt et autres radio-isotopes, ils peuvent être utilisés de plusieurs façons :

— Contact-thérapie pour les lésions petites, peu profondes, les basocellulaires ;
— Radium ou cobaltopuncture pour les lésions plus profondes ;
— Appareils moulés lorsque l'extension s'est faite surtout en surface.

Ces techniques permettent d'obtenir de bons résultats cancérologiques et esthétiques ; néanmoins, outre le choc psychologique provoqué souvent chez le malade par le nom même de la thérapeutique, les risques de radiodermites ou de lésion des organes sous-jacents, bien que minimes entre des mains expertes, ne peuvent cependant être totalement écartés ; d'autre part, avant tout traitement, il faut une biopsie : la fermeture de celle-ci ne peut être effectuée par une suture qui se désunirait dans ce tissu friable, il faut donc pratiquer une électrocoagulation ; celle-ci, appliquée selon les techniques énoncées suffisant au traitement de l'épithélioma, la radiothérapie, hors certains cas qui seront revus, ne semble pas être la méthode idéale pour le traitement des lésions de petite et moyenne taille.

II. *La chirurgie.*

Cette méthode permet une exérèse de la lésion comme l'électrocoagulation qui est d'ailleurs souvent utilisé par le chirurgien par sécurité. Mais ici, pour obtenir une plaie à lèvres saines permettant une suture, le chirurgien doit faire une recoupe au bistouri ordinaire. Ensuite, il propose soit une suture soit une greffe qui ne pourra être pratiquée, parfois, que dans un deuxième temps. Pour ces lésions de petites tailles, les résultats esthétiques sont parfaitement honorables en l'absence de greffe, comme il a été vu, et ceci quel que soit le siège de la lésion. Le recours au chirurgien peut être nécessaire, selon C. DUFOURMENTEL, dans cinq cas :

1. L'évolution trop importante chez certains malades, particulièrement négligents.
2. La récidive, souvent plus difficile à traiter que la lésion primitive.

3. Pour les spinocellulaires, et les intermédiaires, l'envahissement ganglionnaire qui exige un curage ganglionnaire lorsqu'une adénopathie est cliniquement perceptible.
4. Certains sièges tel le rebord ciliaire de la paupière et le pavillon de l'oreille.
5. Enfin, le développement de l'épithélioma sur une lésion préexistante, brûlure, radiodermite, lupus.

Dans cette étude avait été noté d'ailleurs le moins bon pronostic d'une lésion survenant sur une cicatrice de brûlure.

III. *L'appréciation de l'efficacité des différentes méthodes est difficile.*

P. de Graciansky, R. Tubiana, R. Leclercq insistent sur la quasi-impossibilité de pouvoir légitimement comparer entre eux les divers cas d'épithéliomas cutanés ; et les indications thérapeutiques devront dépendre moins de la nature histologique de la lésion que de ses dimensions, de son aspect clinique, de son siège et de la notion d'une lésion préexistante.

Il est certain que l'électrocoagulation a des limites, celles-ci tiennent à la taille de la lésion, à sa profondeur, ou à la participation d'organes sous-jacents, enfin à une atteinte métastatique, ganglionnaire par exemple ; et certaines localisations telles celles à l'angle interne de l'œil lorsqu'il existe une infiltration de la paroi interne de l'orbite obligent à recourir aux autres méthodes thérapeutiques. Hormis ces cas défavorables, l'électrocoagulation reste une méthode de choix pour le traitement des épithéliomas cutanés, par les résultats cancérologiques et esthétiques qu'elle permet d'obtenir.

R. Degos, dans la syntèse thérapeutique du Congrès d'Alger, écrit : « L'électrocoagulation reste le procédé le plus simple et le plus efficace réduisant au minimum les risques d'essaimage ».

Et il conclut : « Les risques de la radio et radiumthérapie, les exigences matérielles de l'acte chirurgical, feront, lorsque le choix est possible, c'est-à-dire dans la grande majorité des cas, préférer l'électrocoagulation ».

CONCLUSION

Le traitement des épithéliomas cutanés doit tenir compte de deux faits importants : la nature néoplasique des lésions oblige à une destruction minutieuse de tout le tissu atteint ; cet impératif doit être le premier souci de l'opérateur ; et cette condition remplie, il faut considérer que près de 94 % des lésions siègent au visage, ce qui exige l'obtention d'un bon résultat esthétique. Le respect rigoureux des règles techniques indiquées et une surveillance post-opératoire attentive et longtemps poursuivie permettent d'atteindre ce double but. La surveillance doit suivre la bonne cicatrisation et orienter vers le meilleur résultat esthétique possible ; mais elle permet aussi de guetter l'apparition éventuelle d'une récidive, qui pourra ainsi être traitée dès son début, moment le plus favorable à une éradication définitive.

Parmi les 89 épithéliomas cutanés traités par l'électrocoagulation en 1955 et 1956 et suivis régulièrement ensuite par M. DUCOURTIOUX dans le service du Professeur .F.-P MERKLEN à l'Hôpital Saint-Louis, 71 n'ont fait aucune récidive ; 12 récidives ont cédé à une nouvelle électrocoagulation ; après plusieurs récidives, 3 paraissent actuellement guéris avec un recul qui atteint aujourd'hui respectivement 4, 3 et 1 ans ; 3 récidives ont dû être soumises à d'autres méthodes thérapeutiques par suite de l'existence d'une adénopathie ou de la trop grande extension de la lésion.

L'étude de ces différentes récidives montre l'influence péjorative du type spinocellulaire de l'épithélioma ; parmi les basocellulaires, les variétés ulcérées et surtout pagétoïdes semblent avoir une plus grande tendance à récidiver. Par ailleurs, le siège sur le nez ou dans l'angle interne de l'œil pour

les basocellulaires, sur la lèvre inférieure pour les spinocellulaires, le jeune âge du malade pour toutes les variétés se sont révélés dans l'ensemble, de plus mauvais pronostic.

Compte tenu de toutes ces constatations, devant une lésion de taille inférieure à 3 ou 4 cm. et sans adénopathie, l'électrocoagulation maniée selon certaines règles précises, semble être la technique idéale par sa simplicité et sa sécurité.

Vu, le Président de Thèse :
F.-P. MERKLEN.

Vu, le Doyen de la Faculté de Médecine :
G. CORDIER.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris :
J. ROCHE.

BIBLIOGRAPHIE

ALLEN (K.-D.-A.), FRED (J.-H.)

Cités par de Graciansky et Tubiana ;
Rapport X^me Congrès Dermato. Syph. langue franç. Alger, 1959.

ARRAUD (C.-A).

Diathermie Chirurgicale. Gauthiers-Villars, Editeurs. Paris, 1939.

BASSET (A), BOURDON (R.), BOIFFARD (J.-A.)

Résultats de traitement d'épithéliomas cutanés par la radiothérapie de contact, avec un recul de 3 à 5 ans ;
Communication X^me Congrès Dermato. Syph. langue franç., Alger, 1959.

BAZEX (A.)

Etude clinique des épithéliomas cutanés basocellulaires et spinocellulaires ;
Rapport X^me Congrès Dermato. Syph. langue franç. Alger, 1959.

BOIFFARD (J.-A.), GRAIN (R.)

Le traitement roentgenthérapique des épithéliomas cutanés ;
L'Hôpital, 44^me année ; N° 663, Octobre 1956.

COTTENOT (P.), BOURDON (R.)

Cités par de Graciansky, Tubiana et Leclercq ;
Rapport X^me Congrès Dermato. Syph. langue franç. Alger, 1959.

DEGOS (R.)

Synthèse thérapeutique ;
Rapport X^me Congrès Dermato. Syph. langue franç. Alger, 1959.

DEGOS (R.)

Dermatologie : *Collection Médico-Chirurgicale,* Flammarion.

DEGOS (R.)

Presse Médicale; 66 ; 916-918 ; 1958.

DEGOS (R.), LÉPINAY (B.)

Prespectives fournies par la radiothérapie à fenêtre de béryllium dans le traitement des épithéliomas cutanés ;
Communication X^me Congrès Dermato. Syph. langue franç., Alger, 1959.

DEGOS (R), LÉPINAY (B.)

Traitement par la buckythérapie de 16 cas d'épithéliomas cutanés superficiels ;
Communication X^me Congrès Dermato. Syph. langue franç., Alger, 1959.

DEGOS (R.), MEYER (J.)
Statistique des épithéliomas cutanés examinés à la Clinique Dermatologique de l'Hôpital Saint-Louis ;
Communication X^me Congrès Dermato. Syph. langue franç., Alger, 1959.

DUCOURTIOUX (M.)
Le traitement électrochirurgical des cancers de la peau et des muqueuses orificielles ;
Cité par Meyer (G.).

DUCOURTIOUX (M.)
Traitement électrochirurgical des tumeurs malignes cutanées : indications techniques.
L'Hôpital ; 44^me année ; N° 663 ; Octobre 1956.

DUCOURTIOUX (M.)
Transmission orale.

DUFOURMENTEL (C.)
Traitement chirurgical des cancers cutanés ;
L'Hôpital ; 44^me année ; N° 663 ; Octobre 1956.

DUFOURMENTEL (C.), MOULY (R.), PRÉAUX (J.)
Les épithéliomas sur cicatrices de brûlure ;
Communication X^me Congrès Dermato. Syph. langue franç., Alger, 1959.

GAY-PRIÉTO (J.), JAQUÉTI (J.), ALVAREZ-CASCOS (M.)
Traitement des épithéliomas de la lèvre ;
Rapport X^me Congrès Dermato. Syph. langue franç. Alger, 1959.

GRACIANSKY (P. de), TUBIANA (R.), LECLERCQ (R.)
Traitement des épithéliomas cutanés ; généralités ;
Rapport X^me Congrès Dermato. Syph. langue franç. Alger, 1959.

HEITZ-BOYER, CHAMPY
Etude des voies lymphatiques après section au bistouri électrique ;
Soc. Biol., t. 97 ; p. 205 ; 1931.

HURIEZ (C.), LEBEURRE (R.)
Sur 1.002 cas de tumeurs cutanées malignes observées depuis 1953 à la Clinique Dermatologique de Lille ;
Communication X^me Congrès Dermato. Syph. langue franç., Alger, 1959.

LAGROT (F.), GRÉCO (J.)
Traitement chirurgical des épithéliomas cutanés ;
Rapport X^me Congrès Dermato. Syph. langue franç. Alger, 1959.

LE COULANT (P.), TEXIER (L.)
Radiothérapie des épithéliomas cutanés ;
Rapport X^me Congrès Dermato. Syph. langue franç. Alger, 1959.

LEVER (W.-F.)
Histopathology of the skin ; J.-B. Lippincott et C° ; 1954.

MEYER (G.)

Résultats esthétiques obtenus après électrocoagulation en dermatologie ; *Thèse Méd.*, Paris, 1939.

MIDANA (A.), LOVERA (G.)

Traitement des épithéliomas cutanés par le radium et les radioisotopes ; Rapport X^me^ Congrès Dermato. Syph. langue franç. Alger, 1959.

PIERQUIN (B.)

Les isotopes radioactifs dans le traitement des cancers de la peau ; *L'Hôpital ;* 44^me^ année ; N° 663 ; Octobre 1956.

TUBIANA (R.)

Traitement chirurgical des cancers de la lèvre ;
Communication X^me^ Congrès Dermato. Syph. langue franç., Alger, 1959.

WALLON (E.)

La curiethérapie dans les cancers de la peau ;
L'Hôpital ; 44^me^ année ; N° 663 ; Octobre 1956.

WORINGER (F.)

Classification et histogénèse des épithéliomas cutanés ;
Rapport X^me^ Congrès Dermato. Syph. langue franç. Alger, 1959.

TABLE DES MATIÈRES

Pages

INTRODUCTION 19

PREMIÈRE PARTIE. — TECHNIQUES UTILISÉES

Chapitre Premier. — Appareillage 21

Chapitre II. — Technique Opératoire 25

Chapitre III. — Indications Opératoires 29

Chapitre IV. — Surveillance Post-Opératoire 31

DEUXIÈME PARTIE. — MALADES ÉTUDIÉS

Chapitre Premier. — Mode de classification utilisé pour les divers Epithéliomas Cutanés 33

Chapitre II. — Dénombrement des cas étudiés ... 35

Chapitre III. — Surveillance des Malades traités ... 45

TROISIÈME PARTIE. — RÉSULTATS

Chapitre Premier. — Résultats évolutifs 47

Chapitre II. — Résultats esthétiques 55

Chapitre III. — Indications du traitement par Electro-coagulation 61

CONCLUSION 65

BIBLIOGRAPHIE 67